

## 白河市避難支援等(個別計画)登録申請兼同意書

※必要事項を記入し、当てはまる項目に○をつけてください。

ふりがな							
氏名							
性別	男女	生年月日	年	月	日生		
住所	〒 白河市						
電話番号	(固定)	(携帯)	F A X				
血液型	A B O AB 不明						
町内会	町内会		地区民生委員				
あなたの状況							
区分	高齢者	ひとり暮らし 高齢者世帯 介護保険 ( ) 寝たきり その他 ( )					
	障がい者	視覚 肢体不自由 内部障がい 人工透析 知的 精神 聴覚又は平衡機能 音声言語機能 寝たきり その他 ( )					
		療育手帳 ( 種/総合判定 )					
		身体障害者手帳 ( 種 級/障害名: ) 精神障害者保健福祉手帳 ( 種 級)					
その他							
身体的特記事項							
世帯の状況							
同居家族の有無		有 無 ※有の場合は下記に記入してください。					
ふりがな 氏名	続柄	年齢	生年月日	ふりがな 氏名	続柄	年齢	生年月日
緊急時の家族等連絡先							
ふりがな 氏名	関係	住所		電話	(固定) (携帯)		
氏名	関係	住所		電話	(固定) (携帯)		
医療機関関係							
かかりつけ医療機関名				主治医			
住所				電話番号			
既往症							
常に服用する医薬品名							

裏面あり

(裏面)

居住状況							
住宅の状況	自地自家 借地自家 借家・アパート 公営住宅 その他(						
居住建物の状況	構造	木造	鉄骨造	鉄筋造	平屋	2階建	3階建 4階以上
建築時期	年	耐震診断	実施	未実施	家具の固定	有	無
普段いる部屋	階の		寝室の位置		階の 東側 南側 西側 北側		
日中活動の場所	①						
	②						
緊急通報システム	有	無	火災警報器		有	無	
利用している福祉サービス事業所名							
①							
②							
避難時にお願いしたい事項 ※(例)車椅子が必要、常備薬を持ち出して欲しい等							
①							
②							

近所に住む協力者(支援する人) ※協力者が承諾のうえ自署してください。					
私は、白河市避難行動要支援者登録制度に賛同し、災害時には要支援者を避難支援することにつとめます。また、要支援者(申請者)を円滑に避難支援するために近隣協力者としての情報を避難支援等関係者(消防機関、警察署、町内会、民生委員等)に提供することに同意します。					
ふりがな		関係	住所	電話	
氏名	(自署)				
ふりがな		関係	住所	電話	
氏名	(自署)				

白河市長

避難行動要支援者(申請者)は、避難支援等関係者への情報提供に同意することにより、災害時における避難支援等を受ける可能性が高まりますが、避難支援等関係者自身やその家族などの安全が前提のため、同意によって、災害時の避難支援等が必ずなされることを保証するものではなく、また、避難支援等関係者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

上記の内容を理解し、避難の支援、安否の確認、その他の生命又は身体について災害から保護を受けるために、個人情報等を避難支援等関係者に平常時から提供することに同意します。

※同意の意思について、変更の申出がない限り自動継続とします。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

【申請者名】

住所 白河市

\_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

\_\_\_\_\_

本人が自署できない場合(本人の意思を確認した代理人による代筆可)

代筆者氏名 \_\_\_\_\_ ㊞ 申請者との関係

\_\_\_\_\_